Année. № 12. 1er Décembre 1882.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e Année. N° 12. 1er Décembre 1882.

REVUE MENSUELLE
DE
L'ARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des paralysies des muscles du larynx.

Par Louis Elsberg, M. D. New-York (1).

J'ai, pendant plusieurs années, désigné les muscles du larynx aussi bien d'après leur position que d'après leur action principale ; et pour ce qui concerne l'action des muscles intrinsèques, je pense que le cartilage thyroïde est fixé d'après les différents mouvements des nombreuses portions du larynx.

Les muscles qui agissent sur les rubans *vocaux* sont les suivants :

1. Les muscles antérieurs, crico-thyroïdiens : tenseurs des cordes vocales ;

2. Les muscles internes, thyro-aryténoïdiens : tenseurs des cordes vocales ;

3. Le muscle transverse, aryténoïdien : adducteur transversal des cordes vocales ;

4. Les muscles latéraux, circo-aryténoïdiens latéraux : adducteurs latéraux des cordes vocales ;

(1) Traduit de l'anglais par le docteur Bertier.

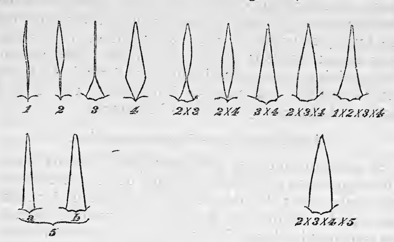
5. Les muscles postérieurs, crico-aryténoïdiens postérieurs : abducteurs des cordes vocales. (Ceux dont les noms anatomiques sont dérivés de deux cartilages, les deux premiers et les deux derniers muscles, sont bilatéraux, c'est-à-dire, qu'il en existe un de chaque côté ; le troisième, dont le nom anatomique se compose d'un seul mot, est un muscle unique.) On peut réunir les quatre premiers sous la dénomination générale de constricteurs, ou muscles qui resserrent l'ouverture glottique ; le cinquième comprend le groupe des dilatateurs, ou muscles qui l'élargissent.

Les paralysies isolées de quelques-uns de ces muscles se rencontrent rarement, celles des autres au contraire sont fréquentes.

Ordinairement la paralysie atteint deux ou plusieurs muscles à la fois. Quelquefois le muscle ou les muscles ne sont affectés que partiellement ; ce qui complique les choses et justifie au point de vue du praticien, les divisions données par les physiologistes, de quelques-uns des muscles laryngiens en deux ou plusieurs portions séparées. En outre, physiologiquement, l'action combinée de quelques-uns des muscles altère matériellement l'action directe du muscle qui agit isolément. Ainsi, le muscle crico-aryténoïdien latéral peut, par la contraction simultanée du crico-aryténoïdien postérieur, d'adducteur qu'il était, devenir l'adjuvant de l'abducteur de la corde vocale : ce qui arrive toutes les fois que le crico-aryténoïdien postérieur empêche le crico-aryténoïdien latéral de faire pivoter l'apophyse vocale en dedans, d'où il résulte que le cartilage aryténoïde est poussé en dehors et en bas sur la surface articulaire descendante, pourvu toutefois que l'aryténoïdien transverse et les autres constricteurs de la glotte soient relachés. La paralysie des constricteurs de l'orifice glottique produit ce que j'ai le premier appelé : « le coulage phonatoire, *phonatory leakage* » de l'air : la paralysie des dilatateurs produit « l'insuffisance respiratoire. »

Dans le premier cas, l'image laryngoscopique caractéristique s'obtient en faisant l'examen pendant les efforts de phonation ; dans le dernier, pendant la respiration. Dans chacune des paralysies isolées, et dans les

paralysies combinées limitées aux muscles constricteurs, la respiration n'est pas directement gênée ; cependant le malade, dans tous les cas graves, est facilement



hors d'haleine par suite « du *coulage de l'air* »; tandis que dans les paralysies isolées des dilatateurs, la voix, quoique jamais éteinte, n'est pas claire et pure, à cause de la fixation incomplète des cartilages aryténoïdes.

PARALYSIES BILATÉRALES ISOLÉES

1° La paralysie isolée des deux muscles antérieurs (crico-thyroïdiens) produit, pendant l'effort de [la phonation, un contour ondulé des bords internes des cordes vocales qui sont relâchées (fig. 1).

2° Celle des deux muscles internes (thyro-aryténoïdiens) produit, pendant l'effort de la phonation, une ouverture elliptique entre les bords des portions ligamenteuses des cordes vocales (fig. 2), tandis que les portions cartilagineuses se joignent sur la ligne médiane.

3° La paralysie du muscle transverse laisse, pendant l'effort phonatoire (fig. 3), une ouverture postérieure d'une forme plus ou moins triangulaire.

4° Celle des deux muscles latéraux (crico-aryténoïdiens latéraux) détermine, pendant l'effort de la phonation (fig. 4), une ouverture rhomboïdale, l'ouverture triangulaire en avant, s'étendant aux processus vocaux des aryténoïdes et étant presque aussi large que celle des cordes vocales dans la position horizontale, tandis que

l'espace triangulaire en arrière est tout à fait court et s'étend le long du cartilage de la glotte.

5° Enfin, le défaut d'action des deux muscles postérieurs (crico-aryténoïdiens postérieurs) produit entre les cordes vocales, pendant la respiration, une ouverture qui n'est pas plus large que celle de la position horizontale, plus étroite pendant l'inspiration forcée que pendant l'expiration complète, tandis que, dans l'état de santé, les cordes vocales sont, pendant l'inspiration forcée, plus largement séparées que pendant l'expiration.

PARALYSIES BILATÉRALES COMBINÉES.

Si plusieurs muscles sont paralysés en même temps, l'image que l'on voit est la résultante des diverses figures que nous avons décrites comme appartenant à chacun des muscles atteints. La paralysie des muscles latéraux est rarement isolée; ordinairement, on trouve en même temps la paralysie, soit de l'ary-aryténoïdien, soit des muscles internes, soit des deux réunis; dans le premier cas, il en résulte une ouverture triangulaire (fig. 3 + 4); dans le second, une ouverture elliptique (fig. 2 + 4), et dans le troisième, une ouverture triangulaire avec les bords légèrement concaves (fig. 2 + 3 + 4).

L'apophyse vocale antérieure peut être amenée un peu plus près dans le premier cas que dans le second ou le troisième, et montre quelquefois leur situation par une légère projection entre les bords droits des cordes vocales. J'ai rencontré un cas d'aphonie dans lequel j'ai pu diagnostiquer la paralysie de tous les constricteurs de l'ouverture de la glotte : on voyait, dans les efforts de phonation, une ouverture triangulaire entre les cordes vocales avec des bords légèrement convexes (fig. 1 + 2 + 3 + 4). On trouve quelquefois la paralysie combinée des muscles internes et transverses, tandis que les muscles antérieurs et latéraux sont intacts. Il en résulte une ouverture en forme de sablier dans laquelle, ordinairement mais non constamment, les apophyses vocales postérieures se touchent mutuellement en formant un espace elliptique en avant et un vide triangulaire en arrière du point de contact. D'après mon expérience personnelle, la paralysie isolée du muscle transverse est moins rare que

la paralysie isolée de tout autre muscle du larynx. On rencontre ensuite, par ordre de fréquence, la paralysie isolée des muscles antérieurs. En outre, la paralysie des muscles antérieurs est souvent compliquée d'une paralysie légère ou temporaire des muscles transverses.

La paralysie isolée des muscles postérieurs vient, toujours par ordre de fréquence, après celle des muscles antérieurs, puis celle du muscle interne et enfin celle du latéral qui est excessivement rare. Dans les cas où la paralysie des muscles postérieurs coexiste avec celle des constricteurs de la glotte, il n'y a pas généralement autant d'insuffisance respiratoire compliquée de coulage « *leakage* » qu'il y en a dans la paralysie isolée des muscles abducteurs. Ceci montre qu'en l'absence des antagonistes, les adducteurs perdent le pouvoir de se relâcher complètement, ou bien qu'ils sont affectés de spasme ou de contractions désordonnées pendant l'acte de l'inspiration. Rosenback appelle ce phénomène morbide : *Innervation perverse rythmique*, prétendant que l'impulsion nerveuse inspiratoire qui va normalement aux muscles laryngés, surtout aux abducteurs, affecte sans doute d'une façon anormale les muscles non paralysés.

Dans la paralysie combinée de tous les muscles laryngés, les cordes vocales, n'étant pas influencées par l'action musculaire, restent pendant la respiration et les efforts de phonation, dans la position que l'on peut justement appeler la *position cadavérique*. Je pense, cependant, que dans la paralysie laryngée par affection ou lésion des nerfs laryngés inférieurs, paralysie dans laquelle tous les muscles, sauf le crico-thyroïdien et peut-être le thyro- et l'ary-épiglottiques sont affectés et dans laquelle, par conséquent, on rencontre de l'immobilité des cordes vocales, et entre elles une ouverture triangulaire ; les bords de ces dernières sont légèrement concaves, tandis que ces bords, sur le cadavre, dans la véritable position cadavérique, sont tendus et même un peu convexes.

Quoi qu'il en soit, dans le seul cas bien indiscutable qui ait été soumis à mon observation, cas dans lequel les deux nerfs inférieurs étaient seuls exclusivement atteints d'une affection cancéreuse, j'ai noté une légère concavité des bords des rubans vocaux qui étaient immobiles

(comme on le voit dans les figures 2 + 3 + 4 + 5) et, d'un autre côté, dans un cas d'aphonie où, quoique les abducteurs fussent intacts, les crico-thyroïdiens étaient, selon toutes probabilités, compris dans la paralysie compliquée, les bords des cordes vocales étaient certainement un peu convexes (1 + 2 + 3 + 4). Comme ce fait dont je parle demande cependant confirmation, je le donne bien plus comme une impression dont j'ai été frappé que comme une conclusion positive.

S'il venait à être reconnu, il marquerait la différence qui existe entre la position à laquelle nous pouvons correctement donner le nom de position cadavérique et celle qui résulte du défaut d'action de tous les muscles, sauf de ceux qui sont innervés par le nerf laryngé supérieur. Lorsque dans les affections ou les lésions, soit du cerveau, soit du pneumogastrique accessoire spinal, ou des nerfs recurrents, la paralysie laryngée est ou devient incomplète, on observe un fait très-curieux et cependant inexpliqué, c'est-à-dire que les filaments adducteurs sont plus facilement affectés que les filaments abducteurs, et, dans le cas où les deux abducteurs et les adducteurs sont également atteints si la guérison survient, les adducteurs peuvent se remettre tout d'abord ou exclusivement étant alors affectés de contractions anormales, de telle sorte que le malade, pendant les progrès de la guérison, peut être atteint de dyspnée qui, chez plusieurs de mes malades, a nécessité la trachéotomie pour sauver leur existence compromise par cette complication.

L'aptitude relativement plus prononcée que présentent les filaments abducteurs a être atteints est bien connue des laryngologistes, mais la disposition relativement plus grande à guérir qui caractérise dans ces conditions les filaments adducteurs, ne semble pas avoir été connue avant que j'ai appelé l'attention sur ce fait.

PARALYSIES GRADUELLES, NON SYMÉTRIQUES ET UNILATÉRALES.

J'ai eu occasion d'observer chaque type présentant l'image laryngoscopique presque avec l'aspect diagrammatique et j'en ai fait faire le dessin qui a été pris sur des malades de ma pratique ; mais il est relativement

rare d'observer des cas de ce genre non compliqués, complets et bien définis.

Cependant une fois que l'on a réussi à se familiariser avec ce dessin, on est plus à même d'interpréter l'image laryngoscopique due à la paralysie laryngée. Il n'est pas toujours aisé de faire un diagnostic précis pour un cas individuel ; et je garde l'espoir qu'en publiant ces résultats laborieux, je pourrai aider mes confrères à reconnaître les muscles qui doivent être intéressés dans chacune des images laryngoscopiques qu'ils auront l'occasion de rencontrer. J'ai déjà remarqué que, parfois seulement, quelques fibres de certains muscles sont atteintes, et non pas toutes en même temps. Grâce à ce fait, et quelquefois à quelque état névropathique ou myopathique, que l'on ne peut entièrement expliquer, il existe différents degrés dans la paralysie qui peut varier depuis une légère paresse ou fatigue, jusqu'à la complète immobilité du muscle.

C'est une coutume générale de désigner sous le nom de parésie les degrés comparativement légers de la paralysie. Il se rencontre des cas dans lesquels il existe des deux côtés une paralysie à des degrés différents. Quelquefois cette paralysie bilatérale asymétrique persiste ; si la maladie suit une marche progressive, elle peut, au degré ultime, devenir symétrique ; quelquefois un seul côté guérit, laissant une paralysie unilatérale.

Dans tous les cas de paralysie unilatérale, soit secondaire, soit primitive, on voit du côté correspondant la moitié de l'image ou de l'ouverture formée par les rubans vocaux. L'autre moitié de l'ouverture de la glotte présente un aspect normal, et la corde vocale saine peut même éxagérer son mouvement pendant la phonation et la respiration, de façon à suppléer sa congénère restée inactive, et à donner ainsi lieu à une figure penchée « lop sided » où asymétrique.

Je réserve les détails spéciaux de la paralysie unilatérale pour une autre occasion. Il arrive parfois que la paralysie unilatérale primitive devient une paralysie bilatérale.

La paralysie des muscles laryngés alterne quelquefois avec le spasme des mêmes muscles, qui peut aussi la

suivre. Elle peut également accompagner ou causer le spasme des muscles antagonistes; fait, que j'ai déjà signalé en parlant de l'inactivité des muscles postérieurs. Cette complication rend l'image laryngoscopique, produite par la paralysie pure, encore plus difficile à apprécier que s'il en était autrement, et elle a causé, d'après mon expérience, bien des erreurs.

Le spasme peut encore n'être qu'un effet reflexe, suscité par l'action des muscles ; il peut affecter soit les dilatateurs ou, ce qui est plus fréquent, les constricteurs de la glotte et, dans ce cas, atteindre tous les muscles constricteurs ou seulement un ou deux, d'entre eux. Hack a démontré que le spasme isolé des muscles latéraux est plus dangereux pour la vie des malades que le spasme respiratoire complet, c'est-à-dire le spasme de tous les muscles constricteurs.

J'ai rencontré deux cas de ce genre; l'un s'est terminé fatalement et l'autre a nécessité la trachéotomie, ce qui confirme l'expérience de Hack. L'image laryngoscopique des spasmes isolés des crico-aryténoïdiens latéraux est semblable à celle de la paralysie combinée des thyro-aryténoïdiens et du muscle aryténoïdien transverse (fig. 2 et 3). Dans le cas de Hack, la mort fut évitée en introduisant, à l'aide du miroir laryngien, une sonde en gutta-percha n° 5, de Schrotter. Le cathéterisme est certainement un substitutif des plus précieux, dans le cas où la trachéotomie semblerait nécessaire. Mais je dois laisser de côté les détails qui ont trait aux spasmes des muscles laryngés et à la paralysie unilatérale.

Voici le résumé des différents points sur lesquels j'appelle la discussion :

1° La position du thyroïde relativement au cartilage cricoïde est fixée par les muscles sterno-thyroïdiens, hyo-thyroïdiens et laryngo-pharyngiens ; l'effet ordinaire de la contraction du muscle antérieur, c'est-à-dire le crico-thyroïdien, est donc de soulever la portion antérieure du cartilage cricoïde et, par conséquent, de faire pivoter la lame postérieure avec toutes ses insertions en bas et en arrière ;

2° Les muscles internes, c'est-à-dire thyro-aryténoïdiens, ne *relâchent* point « laxors » les rubans vocaux,

mais ils sont au contraire les tenseurs internes, régulateurs de la forme et tenseurs du bord interne;

3° Mon dessin des images produites par la paralysie isolée ou intrinsèque des muscles du larynx, est-elle correcte?

4° L'ordre de fréquence de la paralysie isolée est la suivante : c'est-à-dire, paralysie des muscles transverses, antérieurs, postérieurs, intérieurs, latéraux; cette dernière étant très rare. La paralysie du crico-aryténoïdien latéral est généralement associée à celle de l'ary-aryténoïdien, ou du thyro-aryténoïdien. La paralysie du crico-thyroïdien coïncide ordinairement avec celle du muscle transverse, et, avec celle de ce dernier, on trouve celle du thyro-aryténoïdien. Le spasme de l'innervation perverse des muscles adducteurs peut se rencontrer avec, ou après, la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, et le spasme des muscles latéraux avec, ou après, la paralysie combinée de l'aryténoïdien transverse et des thyro-aryténoïdiens, et ces deux états sont dangereux pour la vie;

5° Y a-t-il une différence qui puisse faire reconnaître dans le miroir, la position cadavérique des cordes vocales et leur position due à la paralysie isolée des nerfs récurrents et, s'il en est ainsi, trouve-t-on dans le premier cas la convexité des bords des rubans vocaux?

6° Les fibres des adducteurs sont relativement plus promptes à recouvrer leur action que celles des abducteurs, et en même temps plus aptes à être atteintes de spasme ou de contraction anormale pendant l'inspiration.

Dr L. Elsberg.

Végétations papillomateuses du larynx.

Par le Dr G. Coupard.

M. Godin, âgé de 24 ans, de Versailles, m'est adressé par un confrère au mois de janvier 1880.

Il est complètement aphone et fait remonter à trois ans le début de son affection. Au commencement de la seconde année il est pris à la conscription, et, sous l'influence des exercices militaires, sa voix se voile de plus en plus ; en

Avril 1879, l'aphonie a atteint son maximum. Il entre dans un hôpital militaire où, après quelques mois de séjour, sans avoir obtenu aucune amélioration, il obtient un congé de réforme avec la mention suivante :

« Est atteint d'aphonie complète produite par des végéta-
» tions polypiformes dont l'une placée en arrière de la corde
» vocale gauche empêche les mouvements de la corde et
» par suite la phonation. D'autres végétations siégent en
» avant du cartilage arytenoïde droit et dans le vestibule
» laryngien (résultat de l'examen laryngoscopique), affection
« antérieure à l'incorporation. »

C'est en janvier 1880 que je vois le malade pour la première fois. Ses végétations ont augmenté de volume, car à l'examen laryngoscopique, tout l'infundibulum laryngien est envahi de végétations papillomateuses.

Godin n'a jamais été malade, il n'a jamais eu la syphilis et ses poumons respirent librement. Depuis un mois seulement il est, la nuit surtout, en proie à quelques légères attaques de dyspnée.

L'examen laryngoscopique est facile, et l'introduction de la pince de Fauvel est supportée avec une grande tolérance.

Introduite dans le larynx, j'en retire deux tumeurs molles, granuleuses, grises rosées, se divisant facilement entre les doigts, et de la grosseur d'un petit pois.

Après cet arrachement un nouvel examen est impossible, tout le larynx est recouvert de sang. Quelques accès de toux convulsive suivent cette opération, mais le malade éprouve à peine quelque gêne.

Le surlendemain Godin m'annonce qu'il a craché trois petits morceaux de végétation semblables aux premiers comme aspect.

J'introduis de nouveau la pince et comme la première fois les mors sont remplis de petites masses papillomateuses.

Nouvelle hémorrhagie recouvrant tout le larynx.

Après quatre séances semblables, je découvre complètement le larynx. J'aperçois sur les cordes vocales supérieures et sur la région arytenoïdienne des rudiments de papillomes. Un, plus volumineux se trouve placé entre les cordes à l'angle rentrant du cartilage thyroïde et les tient écartées. Là, est la cause principale de l'aphonie.

Mais la plus grosse végétation, signalée du reste dans la

mention de réforme, est située au-dessous de la corde vocale inférieure gauche, et quand la glotte est ouverte (mouvement d'inspiration), elle apparaît plus volumineuse encore qu'une des premières enlevées.

Après quinze jours de repos, l'inflammation peu vive du reste, produite par plusieurs arrachements, a complétement disparue.

J'introduis la pince que le malade supporte facilement pendant quelques secondes ; aussi, arrivé au niveau des cordes inférieures, j'appuie assez fortement et pendant une inspiration, je pénétre sous la glotte et suis assez heureux pour retirer la plus grande partie du papillome sous-glottique.

Le lendemain, même tentative et même résultat pour les végétations interglottiques.

A partir de cette époque seulement, la malade commence à parler ou plutôt à se faire entendre. Le timbre de la voix est grave, enroué, les sons sont discordants.

Pendant un mois je cautérise le larynx tous les deux jours avec un petit pinceau laryngien trempé dans de la teinture d'iode au 12e. La voix s'améliore notablement, si bien que Godin peut entrer comme employé au cercle du commerce.

Pendant deux mois je ne le revois plus, ses occupations l'en empêchant et lui-même pensant que la guérison ne ferait que s'accentuer, même sans traitement. Une légère augmentation de l'enrouement le fait venir de nouveau me consulter et je constate à l'examen que les rudiments de végétations ont augmenté de volume.

Attouchements tous les jours pendant un mois avec poudre de Sabine. — Résultat négatif.

Je reprends la pince et au lieu d'agir comme précédemment, c'est-à-dire par arrachement, les végétations étant trop peu volumineuses; les mors de la pince, introduite dans le larynx, étant entrouverts, je fais un véritable râclage. A chaque tentative, que je répète tous les cinq jours, je ramène certaine petite quantité de grains papillomateux et dans la journée et le lendemain le malade en rejette encore autant.

Inutile d'ajouter qu'après chaque râclage la voix est plus voilée. Il faut deux jours environ pour qu'elle devienne meilleure et vers le quatrième jour elle est sensiblement plus nette, mieux timbrée.

Après huit manœuvres semblables, je n'aperçois plus dans le larynx aucune trace de papillomes.

Je revois le malade de temps en temps, son larynx est est à peu près normal, sa voix est bonne.

Depuis six mois environ que je ne l'avais vu, Godin est revenu ces jours derniers par simple reconnaissance. J'en ai profité pour l'examiner au laryngoscope. Sa voix est assez bonne, bien timbrée, et son larynx absolument normal.

Réflexions. — L'observation précédente nous a paru intéressante, tant au point de vue de la multiplicité des tumeurs papillomateuses que portait le malade qu'à celui du traitement employé pour les détruire. En effet, l'on aurait pu songer tout d'abord à l'existence de végétations tuberculeuses qui auraient rendu toute intervention non-seulement inutile, mais même dangereuse, puisque le *noli tangere* s'applique surtout à cette manifestation diathésique.

Quant au traitement, l'on a pu voir, dans le cours de cette observation, que la poudre de sabine, si vantée par quelques auteurs comme spécifique contre les végétations de toutes sortes, n'a donné aucun résultat, ainsi que nous l'avions présumé, du reste. De plus, il était évidemment difficile d'extirper complètement les néoplasmes laryngiens simplement avec la pince laryngienne. Peut-être aurions-nous pu employer le galvanocautère, mais nous courions les risques de déterminer une irritation laryngienne assez vive et de prolonger indéfiniment le traitement de la maladie. Nous avons donc songé à employer le raclage du larynx, déjà proposé par quelques auteurs pour les polypes du larynx et qu'a depuis déjà longtemps préconisé Voltolini dans les cas de polypes du nez où ce procédé lui a toujours donné de véritables succès.

Faut-il ajouter que dans le larynx le raclage est beaucoup plus difficile à pratiquer, et que l'on devra toujours habituer d'abord le malade au contact de l'instrument, avec la pince ou même l'eponge, si l'on emploie cette dernière.

Dr G. Coupard.

CLINIQUE DU Dr E. J. MOURE

Sur une cause peu connue de surdité.

Par A. Ducau, chef de clinique.

Nous n'apprenons rien de nouveau en disant que les rétrécissements, en forme de fente, de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe ont été depuis longtemps reconnus et signalés comme capables de produire la surdité.

« Les parois antérieure et postérieure sont, dit de Troëltsch (1), dans cette région et spécialement près du méat, plus ou moins rapprochées l'une de l'autre, de telle sorte que la lumière du canal, habituellement ovalaire, prend la forme d'une fente allongée, et quelquefois se ferme complètement. Ce n'est que chez les *vieillards* que j'ai pu observer jusqu'à présent ce dernier degré de rétrécissement. »

Or, ce rétrécissement linéaire que Troëltsch regarde comme l'apanage de la vieillesse, le docteur Moure nous l'a fait observer maintes fois chez des personnes moins avancées en âge et alors exclusivement chez les femmes de la campagne à cette époque de leur vie (quarante ans et au-dessus) où la coquetterie et le désir de plaire commencent à n'être plus de mode et cèdent trop souvent le pas à l'abandon et parfois même à l'oubli de tous soins.

Quel en est donc le mécanisme? Troëltsch croit avoir saisi la cause de cette déformation chez le vieillard dans une autopsie qu'il a eu l'occasion de pratiquer. « Dans un cas très accentué de ce genre (2), écrit-il, qui avait attiré mon attention du vivant de l'individu, et que j'ai pu plus tard examiner anatomiquement, le tissu fibreux, ordinairement très résistant, qui unit, comme on sait, la partie postérieure et supérieure du conduit auditif membraneux à l'écaille temporale, fut trouvé dans un état de relâchement considérable, de telle sorte que cette masse membraneuse, ainsi que toute la paroi postérieure du

(1) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, par de Troëltsch, traduit de l'allemand par Kuhn et Lévi. Paris, 1870, p. 134.

(2) *Loc. cit.*, p. 135.

conduit cartilagineux, n'était plus retenue en arrière, mais inclinée vers la paroi antérieure. Il me semble qu'un relâchement de l'appareil fibreux, destiné à fixer les parties, est la cause la plus fréquente de la diminution de la lumière du conduit. » Nous n'y voulons pas contredire, et nous pensons même que, sous l'influence d'une assimilation incomplète que favorisent les progrès de l'âge, les fonctions s'accomplissent moins régulièrement, les tissus perdent de leur plasticité, de leur consistance et déviennent ridés, flasques et relâchés. C'est là un fait général.

Mais cette explication est-elle applicable au cas qui nous occupe? Nous ne le pensons pas, et un autre mode de production de cet état morbide mérite d'être invoqué.

Nous avons observé, avons-nous dit, ces rétrécissements chez les femmes à partir de la ménopause et exclusivement chez les *femmes du peuple*. La raison nous en a paru simple. On n'ignore pas que dans le midi de la France la femme de la campagne porte le foulard pour coiffure. Or, à mesure qu'elle commence à vieillir, soit habitude, soit fausse honte, elle juge à propos de ne plus laisser paraître de son visage que ce qu'elle ne peut plus en cacher. Aussi, tandis que la jeune fille qui n'a pas renoncé à plaire, élève aussi haut que possible les brides de sa coiffure, ce qui la sauve de l'infirmité que l'avenir lui réserve peut-être, la femme, dont les prétentions n'ont plus de raison d'être, au contraire, applique son mouchoir jusque sur ses oreilles qui, la plupart du temps, disparaissent emprisonnées sous lui. Quelques-unes même, pour remédier aux céphalalgies dont elles se disent tourmentées, le serrent outre mesure et entretiennent ainsi sans le savoir une cause permanente de déformation du pavillon de l'oreille et du conduit dont le résultat, lent mais immédiat, sera la surdité. Bien plus, la plupart de ces femmes ne se contentent pas de se coiffer de la sorte, il semble qu'un reste de coquetterie déplacée les pousse à ramener leurs cheveux en avant à la façon de deux bandeaux fortement maintenus par le foulard au-devant des conduits. On ne sera donc pas surpris que, sous l'action continue de la pression qu'exercent les cheveux

et les brides de la coiffure, peu à peu le pavillon de l'oreille s'aplatisse contre les os du crâne et devienne impropre à recueillir les ondes sonores que d'ailleurs le tragus, appliqué sur le méat à la façon d'un opercule, intercepte lui-même. Il ne se passe pas de semaine que nous n'ayons l'occasion d'en voir un exemple à la clinique du docteur Moure.

Du reste, Troëltsch semble lui-même avoir entrevu ce mécanisme quand il ajoute plus loin : « Sans doute, d'autres causes peuvent produire le même effet, soit en poussant en arrière la paroi cartilagineuse antérieure, soit en poussant en avant la paroi postérieure » (1). Telle est la pathogénie de ce génre de rétrécissement linéaire et de la surdité qui l'accompagne. Que les tissus fibreux aient pu être le siège d'un relâchement, le fait est possible, puisqu'on a eu une fois l'occasion de le constater. Mais il faut bien convenir qu'ici la manière dont se produit ce relâchement et surtout la cause qui lui donne naissance sont absolument différentes.

Ajoutons qu'un dernier fait nous confirme dans cette opinion, c'est que le docteur Moure nous a dit avoir plusieurs fois relevé une surdité de cette nature chez les religieuses qui portent la cornette fortement serrée contre les pavillons. Nul doute que chez ces dernières il ne se produise de la même façon un rétrécissement analogue à celui que nous venons de signaler. Et ce fait est tellement vrai que lorsqu'on vient à tirer l'oreille en arrière ou à introduire un spéculum dans le conduit, les personnes qui présentent cette déformation entendent beaucoup mieux.

Il résulte encore de cet état anormal de l'oreille externe que, les sécrétions continuant à s'effectuer d'une façon régulière et souvent même exagérée, leur évacuation est entravée et c'est chez les personnes qui en sont affligées que l'on est plus particulièrement sujet à rencontrer ces accumulations pelliculaires et cérumineuses, souvent cause de bourdonnements intolérables, de vertige même, et parfois tellement concrétées, qu'elles résistent à l'injection d'eau tiède la mieux dirigée et

(1) *Loc. cit.* p. 135.

nécessitent l'extraction à l'aide de la curette ou des injections réitérées à quelques jours d'intervalles

Or toutes ces complications, il est un moyen bien simple de les prévenir ; il appartient à la femme elle-même qui devra éviter d'enserrer ainsi ses oreilles.

Mais même le rétrécissement linéaire une fois produit, « les malades, d'après Troeltsch (1), obtiennent une amélioration durable, en portant un petit tuyau en argent de la forme du speculum, qu'ils peuvent s'appliquer eux-mêmes. » Ce petit instrument peut, en effet, rendre quelques services, à condition de ne l'utiliser que momentanément; car « ceux qui ne l'ont jamais employé ne savent pas, nous disait un malade, toutes les douleurs qu'il peut faire endurer, » C'est sans doute un inconvénient aussi grave qui a empêché son emploi de se généraliser.

Selon le même auteur, on arriverait à un résultat identique avec « les Abraham, petits cubes coniques, infundibuliformes, en or ou en argent » qui offrent l'avantage d'être peu visibles. » Mais ces derniers ont encore l'inconvénient que nous venons d'indiquer.

La dilatation progressive à l'aide des tiges de *laminaria digitata*, quoiqu'assez douloureuse encore, serait bien mieux supportée et surtout d'un effet beaucoup plus durable, si la malade voulait bien se soumettre à leur application suffisamment prolongée. Par ce moyen, elle se délivrerait d'une infirmité, dont elle aurait elle-même provoqué l'apparition.

A. Ducau.

Revue Bibliographique.

Des épaississements de la membrane du tympan.

Par le Dr P. Hermet.

La surdité, dit l'auteur, lorsqu'elle est due à une altération de l'appareil transmetteur est presque toujours provoquée par les épaississements de la membrane.

(1) *loc cit.* p. 135.

Leur étude est complexe : il en est dont l'étiologie et le processus morbide sont faciles à déterminer, alors que d'autres échappent presque complètement à nos moyens d'investigation ; les uns se laissent aisément modifier par une médication appropriée, les autres sont rebelles à tous les agents thérapeutiques; tantôt ils envahissent la membrane tout entière, tantôt ils se limitent à une de ses parties; souvent ils sont constitués par l'hypertrophie des feuillets du tympan, quelquefois par des produits de nouvelle formation.

Pour en comprendre la marche, il est indispensable de bien connaître la structure anatomique de la membrane, que je rappelle en quelques mots.

Les épaississements peuvent être provoqués par les inflammations du conduit (otite herpétique, furonculeuse) ou une altération de l'oreille moyenne (catarrhe de la caisse en général).

Le traitement sera d'abord le cathétérisme qui permettra d'insuffler une certaine quantité d'air comprimé dans la caisse ou même des vapeurs iodées. La paracentèse du tympan qui, *d'après l'auteur*, doit être bannie de la thérapeutique des épaississements, tandis qu'elle est formellement indiquée, comme tout le monde le sait du reste, pour donner issue au liquide qui pourrait être contenu dans les caisses.

Le traitement s'adressera surtout aux causes quand il aura été possible de les connaître. En résumé, dit en terminant M. Hermet :

Les épaississements du tympan peuvent occuper séparément ou simultanément toutes les couches de la membrane. Ils sont constitués :

1° Par des plaques calcaires qui naissent, dans quelques cas, d'emblée chez les goutteux, mais qui, le plus souvent, sont le signe d'une ulcération antérieure;

2° Par l'hypertrophie de la couche moyenne;

3° Par un produit de nouvelle formation qui serait, d'après Politzer, un amas de cellules graisseuses.

Nous appelons les seconds épaississements fibreux, et nous réservons aux derniers le nom de sclérose. Leur pronostic variant sensiblement, il est utile d'en faire un diagnostic différentiel.

Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez,

Par le Dr Joal (du Mont-Dore) (1).

Dans ce travail, l'auteur se propose d'étudier les rapports qui existent entre l'asthme et les polypes muqueux du nez. Il se base sur dix observations pour démontrer que la présence de végétations polypeuses dans les fosses nasales peut être accompagnée d'étouffements, et que, dans ce cas, l'asthme est bien déterminé par les tumeurs, puisque les crises d'oppression cessent après l'ablation de ces dernières.

Cette étude est d'autant plus intéressante qu'elle ne semble pas avoir encore attiré l'attention des médecins français. Duplay, seul, signale, dans son traité, les relations qui existent entre les polypes du nez et l'asthme et c'est Voltolini, en Allemagne, qui, le premier, les a constatées. Depuis, Haenish et Fraënkel en ont rapporté quelques exemples. M. Joal expose à son tour ceux qu'il a recueillis, et les fait suivre de considérations que l'auteur résume lui-même dans les conditions suivantes :

« 1° Les polypes muqueux du nez occasionnent parfois des troubles dyspnéiques de nature asthmatique, mais ils peuvent également être sans influence sur la production et la marche de ces troubles, ou n'être le fait que d'une simple coïncidence;

2° Cet asthme symptomatique s'observe principalement chez les sujets arthritiques et dans l'âge mûr;

3° Il est le plus souvent produit par une action réflexe consécutive à une irritation de la muqueuse nasale provoquée par les polypes ;

4° L'excitation peut avoir pour point de départ les filets sensitifs du pneumogastrique qui tapissent la muqueuse pharyngée ou la muqueuse bronchique et qui sont impressionnés dans l'acte respiratoire modifié par l'obstruction des conduits nasaux et devenu irritant ;

5° L'asthme peut se développer par le fait de lésions catarrhales et emphysémateuses attribuables aux polypes du nez.

6° Les accidents asthmatiques s'amendent ou disparaissent après l'ablation des polypes;

7° Les troubles nerveux provoqués par les tumeurs polypeuses du nez consistent parfois en éternûments spasmodiques se montrant par accès. »

A. D.

(1) Paris, 1882. Asselin et Cie, éditeurs.

De l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien et de sa valeur diagnostique dans la phymie laryngée.

Par le Docteur François Brebion (1).

Malgré l'opinion de Peter et de Krishaber qui n'admettent la phtisie laryngée que si l'exploration de la poitrine est venue révèler l'existence de tubercules dans le poumon, l'auteur s'efforce de montrer que l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien est constant dans la phymie laryngée, et qu'il diffère de celui de la laryngite arthritique ou herpétique.

Dans le premier chapitre, il se demande si l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien existe toujours dans la phymie laryngée? Il décrit les ulcérations et les tumeurs ulcérées situées entre les aryténoïdes. Papillon (1821), Pravaz (1824), Borsieri (1826), Cayol n'ont pas observé l'aspect velvétique. Trousseau et Belloc sont, dit-il, les premiers qui aient décrit les végétations de l'espace inter-aryténoïdien. Andral, Barth, Rokitansky et l'école allemande croient que les amas de l'espace inter-aryténoïdien sont des tubercules. Tobold (Berlin 1866) et Mandl ont vu ces végétations de l'espace inter-aryténoïdien sans lésion pulmonaire. Ce dernier les compare aux végétations syphilitiques en crêtes de coq. » Deele regarde les végétations de l'espace inter-aryténoïdien et les rougeurs des cordes vocales, comme des signes de la période catarrhale de la phymie laryngée. Krishaber et Peter décrivent l'aspect velvétique de la phymie laryngée. Schrotter, de Vienne, Heinze, à Leipzig, Isambert ont observé ce dernier symptôme. L'aspect velvétique de la commissure postérieure devient le siège d'un signe nouveau, dit le docteur Cadier. Enfin en 1878, Pelan, dans sa thèse, dit avoir rencontré souvent l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien.

« Je ne crois pas être trop osé, dit M. Brebion, en avançant que l'aspect velvétique de l'espace inter-aryténoïdien est la règle dans la phymie laryngée. »

Dans le deuxième chapitre, il recherche si l'aspect velvétique n'existe que dans la phymie laryngée; pour cela, il suit la même méthode et donne l'opinion des auteurs; puis il établit une statistique et tire des conclusions. Il éloigne l'idée

(1) Thèse de Lyon; n° 121; juin 1882.

qu'on puisse confondre les végétations de l'espace inter-aryténoïdien avec des polypes ou des tumeurs cancéreuses. Isambert a vu l'aspect velvétique à son maximum chez des malades atteits d'ezcéma cutané.

Sur 31 herpétiques ou arthritiques examinés dans un mois à la clinique des docteurs Fauvel et Cadier, M. Brebion n'a vu qu'une fois l'aspect velvétique faire défaut.

Dans le troisième chapitre, il essaie de détailler les caractères différentiels de l'aspect velvétique de la phymie laryngée et de la laryngite arthritique ou herpétique.

Dans son quatrième chapitre, il résume l'opinion d'Isambert pour lequel c'est une prolifération épithéliale, de Pelan qui dit que ce sont des papilles du derme qui s'hypertrophient; de Cadier qui regarde les végétations de la phymie comme dues à un gonflement des glandules de la région inter-aryténoïdienne avec hypersécrétion et oblitération de leur conduit ou comme des granulations tuberculeuses; tandis que dans l'herpétisme ce serait l'hypertrophie des papilles qui serait en cause.

Les tubercules naissent dans la partie superficielle du chorium muqueux, l'épithélium tombe, les éléments du tubercule s'atrophient et l'on a une ulcération. Quant à lui, il est de l'avis du docteur Cadier et il rejette la théorie de Pelan.

Nous admettons bien avec M. Brebion l'aspect velvétique dans la phymie laryngée et la laryngite arthritique ou herpétique; mais peut-être la conclusion du troisième chapitre n'estelle pas tout à fait évidente et faudrait-il plutôt, comme il le dit lui-même : « s'enquérir des commémoratifs et des signes généraux pour poser le diagnostic ». Le résumé d'anatomie pathologique des auteurs n'est peut-être pas assez discuté, nous aurions également voulu trouver quelques indications bibliographiques plus complètes et quelques observations personnelles à l'auteur qui s'est surtout attaché à rapporter les opinions de quelques laryngologistes. Dr L. L.

Revue de la Presse

Innervation du muscle interne du marteau. — M. Gellé, continuant ses intéressantes études de sémiotique auriculaire basées sur la recherche physlologique et expérimentale, vient

de faire à la Société de biologie (Paris, séance du 24 octobre 1882), sur l'*inervation du muscle interne du marteau*, la communication suivante :

Expérience : Un diapason normal de moyen volume (9 cent. de long) est mis en vibration par choc, et l'on applique la tige sur les os propres du nez qui sont, comme on sait, excellents conducteurs du son aux oreilles. Si pendant que ce diapason vibre et que le son en est vivement perçu, on fait contracter fortement les muscles qui serrent les mâchoires, on s'aperçoit qu'aussitôt le son baisse et disparaît pendant quelques instants, pour renaître dès que l'effort a cessé.

L'expérience donne des résultats identiques si l'on applique le diapason sur la bosse frontale, ou bien si on se sert comme conducteur du tube de caoutchouc placé à l'oreille et armé du diapason à son bout libre.

Comment est produit le silence ? Comment a lieu l'extinction du son ? Par la tension du tympan. L'agent physiologique de la tension du tympan est le muscle du marteau : ce muscle entre donc en contraction au moment où les muscles masticateurs se contractent.

A quoi tient cette contraction synergique ? Lucœ a bien observé que les contractions des muscles orbiculaires agissaient sur l'ouïe ; et il expliquait cela par l'action réveillée du muscle de l'étrier innervé par le facial comme les premiers. J'ai démontré que les oscillations du manomètre que cet auteur donnait comme preuve de cette action du stapédius, étaient dues à la contraction des peauciers auriculaires ; les tracés qui naissent de leurs constractions, cessent de se montrer dès que l'on immobilise le pavillon et qu'on paralyse l'action des muscles auriculaires ; le bourdonnement remarquable qui l'accompagne cesse tout à la fois. Si les contractions synergiques sont évidentes, l'action du stapédius doit être réjetée.

Fick, d'après M. Duval (*Article Ouïe, Dictionnaire de médecine et de chirurgie*), aurait démontré que sous l'influence des contractions des muscles masticateurs, le muscle interne du marteau entre en action. J'ignore les expériences sur lesquelles cet auteur appuie sa conclusion. Mais, si l'on s'en tient aux données de celles que je viens de décrire, on est conduit à admettre que cette contraction synergique du tenseur existe, et que c'est à elle qu'il faut rapporter l'inter-

ruption du courant sonore pendant la mastication énergique. On connaît, au reste, les rapports intimes qui unissent la branche motrice du trijumeau au ganglion otique d'où naît le rameau nerveux qui anime le tenseur tympanique. On conçoit que l'excitation du nerf d'origine s'étende à tout l'ensemble des muscles qu'il commande, et qu'ainsi l'oreille subisse l'effet des contractions énergiques des muscles masticateurs.

On trouverait là l'explication de certains faits communs pour la clinique auriculaire, tels que l'augmentation de la surdité et du bourdonnement et la production du vertige de Ménière, au moment des repas, sous l'influence des efforts de la mastication et de la déglutition associées.

De l'audition mono-auriculaire. — M. Gellé, en se livrant à l'étude de l'audition bi-auriculaire, a constaté l'existence d'une véritable sympathie entre les oreilles ; voici en quelles circonstances :

On sait que le champ de l'audition est composé de deux parties latérales, droite et gauche, bien séparées, et que le maximum de la portée de l'ouïe a lieu sur l'axe auditif, dans deux directions opposées.

La sensation auditive peut ainsi être exclusivement droite ou gauche, une seule oreille étant frappée par le courant sonore. Mais il peut en être encore ainsi, bien que les deux organes perçoivent seulement le maximum de la sensation principale que l'orientation se guide.

L'autre oreille est cependant impressionnée; car on ne cesse pas de percevoir, alors même que l'on touche l'oreille la plus rapprochée de la source sonore. Dans ces cas de sensation unilatérale où l'addition est bi-auriculaire, les deux organes sont associés et les deux impressions confondues : le sensorium ne connaît que la sensation la plus forte.

Sur un tube bi-auriculaire bien assujetti aux oreilles, on pose le diapason sur l'un des côtés de son milieu, vers l'oreille droite, par exemple, et la sensation est droite manifestement. Cependant l'oreille gauche perçoit le son aussi, car en pinçant le tube de caoutchouc entre le diapason et l'oreille droite (ce qui éteint la sensation droite), l'oreille gauche est aussitôt frappée par le son.

Dans ce fonctionnement, les deux organes auditifs sont animés de mouvements d'accommodation synergiques et associés.

L'expérience suivante met en évidence la sympathie des phénomènes de l'accommodation auditive, et les rapports étroits qui unissent les deux oreilles.

Si l'on pratique l'isolement total de l'oreille droite en y adaptant un long tube de caoutchouc ouvert à son bout libre, et que l'on fasse vibrer en face de cette extrémité ouverte le diapason la 3 i, (à quelques centimètres à peine), le son est aussi nettement perçu par l'oreille droite que le tube relie à la source sonore et non par la gauche, que le son trop faible et éloigné ne peut impressionner. Si, à ce moment, la notion de l'intensité du diapason bien présente à l'esprit, l'opérateur presse doucement son tragus de façon à clore légèrement l'orifice du méat auditif externe gauche, il constate l'augmentation de la sensation sonore perçue du côté opposé.

Ainsi, une action aussi légère sur une oreille suffit pour modifier net la sensation sonore fournie par l'autre.

Comment expliquer cela?

Le son apporté par un côté du crâne, va-t-il s'étendre du côté opposé et jusqu'à l'oreille voisine, et l'oblitération du méat ne serait-elle ainsi qu'un obstacle à l'écoulement du son au dehors, ce qui causerait le redoublement du son?

Mais, en ce cas, l'otoscope attaché en ce point permettrait d'entendre ce son qui circule : or, rien de tel n'est observé. Et puis, il ne faut pas oublier que le renforcement n'a pas lieu du côté où l'on presse, mais bien à l'oreille qui reçoit le choc sonore, à l'opposé. L'explication n'est donc pas admissible.

Quelle autre donner?

Quand on comprime l'orifice du conduit auditif externe du bout du doigt, ou qu'on pousse, au moyen d'un tube de caoutchouc, une insufflation soutenue dans ce canal, on obtient en définitive la compression et la tension artificielle du tympan. L'expérimentation sur les rochers frais l'a démontré depuis Toynbee. Cette action sur le tympan et l'appareil auriculaire gauche modifie donc la sensation droite. Mais comment?

N'y a-t-il pas là une excitation réflexe fonctionnelle d'une oreille par l'autre? Et l'occasion d'un mouvement même passif de l'appareil d'accommodation ne suffit-elle pas à déterminer un acte analogue dans l'oreille opposée? Et cette légère tension ajoutée synergiquement, cause l'augmentation de la sensation sonore.

Je ne trouve point d'autre explication de ce fait qu'une excitation réflexe sympathique, que le jeu habituel de l'audition bisauriculaire rend très probable.

En effet, dans un second temps de l'épreuve, si, au lieu de presser doucement, on comprime, au contraire, avec force sur l'orifice du conduit libre, même jusqu'à produire un léger bourdonnement de ce côté, on s'aperçoit que le son baisse peu à peu, sans cependant jamais s'éteindre. Or, si l'on se rappelle les effets de l'action des tensions artificielles du tympan (expér. de Wollanton, etc.), on sera frappé de l'analogie complète qui existe entre les phénomènes dus à ces tensions et ce que nous voyons advenir ici : d'abord le son augmente, c'est que la pression est douce, et la tension imprimée et éveillée, faible; puis tout change, le son diminue d'intensité à mesure que la tension des membranes augmente.

Aussi suis-je convaincu que l'on ne peut dissocier les deux résultats, et qu'ils s'expliquent tous les deux par l'action réflexe provoquée sur l'oreille frappée par le son par la tension imprimée à l'autre organe auditif.

Chercher dans une modification des centres nerveux l'explication de ce fait expérimental, c'est, je crois, sortir des limites de l'interprétation scientifique. (*Trib. méd.* 5 novembre 1882).

De la cautérisation digitale pharyngienne. — Dans le cas de lésions syphilitiques de la bouche et dn pharynx, pour lesquelles la cautérisation est indiquée, on opère de la manière suivante : dans un flacon à large goulot, contenant du nitrate acide de mercure, on plonge l'extrémité de l'indicateur (droit ou gauche selon le cas), juste assez pour qu'elle soit mouillée, et non chargée d'une goutte prête à tomber. Le malade étant assis, et le siège précis du mal ayant été reconnu préalablement, on introduit le doigt dans la bouche et on le promène sur l'amygdale, que l'on contourne sans peine. On s'arrête et on revient à deux ou trois reprises sur les points les plus affectés. Au dire de son auteur, opinion que nous sommes cependant loin de partager, ce mode de cautérisation est beaucoup moins pénible pour le malade que l'introduction d'un pinceau, la langue étant maintenue abaissée. (*Courr. méd.*, 4 novembre 1882.)

Le spasme de l'œsophage consécutif à un traumatisme, par A. Courtade, interne des hôpitaux. — Le spasme de

l'œsophage s'observe surtout chez les hystériques ou les hypochondriaques. Mais en dehors de ces états névropathiques, il peut être occasionné par une multitude de causes : les affections vives de l'âme comme la colère ou la frayeur, les passions tristes, un courant d'air froid, ou la déglutition d'un liquide froid quand le corps est en sueur, enfin l'ingestion de certaines substances telles que la jusquiame, l'arsenic, les champignons.

D'autres fois, l'œsophagisme est un acte réflexe dont le point de départ est une affection (une éraillure ou une ulcération) intéressant un organe plus ou moins éloigné de l'œsophage, comme l'estomac, l'intestin (vers intestinaux), le larynx, l'utérus.

Enfin, il est des cas rares à la vérité, où le spasme de l'œsophage reconnaît pour cause un coup ou une chute.

M. Courtade en cite deux exemples : Un jeune homme de vingt-six ans reçoit un coup violent à l'épigastre. Cinq heures après, il veut boire un verre d'eau sucrée, mais il s'aperçoit qu'il ne peut ni déglutir, ni avaler. Chez lui le spasme siége au pharynx.

Dans l'exemple suivant, au contraire, le spasme est œsophagien et siége à 15 centimètres de l'arcade dentaire. Il s'agit d'un homme qui fait une chute sur la tête d'une hauteur de 3 mètres environ, perd connaissance, est pris de délire et ne retrouve son intelligence que trois ou quatre jours après. Durant ce temps, on lui avait posé seize sangsues et il avait été nourri avec la sonde œsophagienne, ne pouvant plus avaler depuis l'accident. Il entre à la Pitié. On l'examine. Il n'existe point de phénomènes cérébraux ou médullaires; nulle part anesthésie ou parésie dans les membres, intégrité parfaite de l'intelligence, en un mot rien d'anormal ne frappe la vue.

On lui passe plusieurs fois une olive de 12 millimètres de diamètre, et le spasme qui occupe une étendue de 4 centimétres, se laisse facilement vaincre. Le malade s'en va guéri au bout de quelques jours.

Quelle est la pathogénie de ce spasme? Est-il produit par l'émotion violente qu'a éprouvée le malade en faisant une chute qui pouvait être mortelle?

Est-il le résultat d'une éraillure de la muqueuse produite par le cathétérisme maladroit auquel le malade a été soumis pendant les premiers jours de l'accident?

Enfin, ce qui n'est pas démontré, une chute peut-elle occasionner des troubles fonctionnels dans un organe par l'effet de la commotion qu'il a subie?

L'auteur se range volontiers à la première hypothèse qui a pour elle des faits nombreux, et, dans le cas particulier, la facilité avec laquelle le spasme a cédé à une contrainte morale.

Un traumatisme portant sur la tête ou le thorax peut donc, ajoute-t-il, chez un individu ne présentant aucune affection nerveuse antérieure, être suivi de spasme œsophagien.

Cet œsophagisme peut persister longtemps et disparaître sous l'influence des moyens médicaux ou chirurgicaux ou des deux combinés.

Enfin, le traitement moral peut faire disparaître rapidement la dysphagie œsophagienne spasmodique. *(L'Union médicale*, 12 octobre 1882, n° 139.)

Laryngite chronique, œdème de la glotte, laryngotomie, par M. le professeur Verneuil (hôpital de la Pitié). — Une femme de vingt-quatre ans, née de père et mère tuberculeux et elle-même scrofuleuse, entre dans le service. Ayant eu un enfant il y a cinq ans, elle devient grosse pour la seconde fois il y a trois ans, époque à laquelle elle a contracté la syphilis.

Cette affection s'est manifestée de bonne heure dans les voies aériennes sous la forme d'accidents laryngés précoces qui guéris une première fois, se sont reproduits à l'occasion d'une troisième grossesse et ont disparu peu après la délivrance.

Aujourd'hui, elle est enceinte de sept mois, et ils se sont montrés de nouveau, et cette fois avec intensité telle, que, depuis peu de jours, ils s'accompagnent d'accès de suffocation, de cornage, tirage épigastrique et aphonie.

Au laryngoscope, on constate, en outre d'un œdème de la glotte, que le larynx est atteint de syphilis. Les replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés, gros comme le manche d'un porte-plume ordinaire et laissant seulement entre eux un espace de sept à huit millimètres, à travers lequel on aperçoit les cordes vocales tuméfiées également, rouges, boursouflées et presque immobiles, séparées seulement par un intervalle de trois à quatre millimètres au plus.

La muqueuse du larynx présente le même aspect.

Le diagnostic est donc : laryngite chronique, syphylitique

ou tuberculeuse, avec épaississement et induration des cordes vocales et œdème de la glotte en voie de formation. Or, on n'ignore pas que cet œdème peut nécessiter l'ouverture immédiate des voies aériennes.

C'est le cas pour la malade actuelle.

M. Verneuil va donc faire la laryngotomie : 1° parce que cette femme est menacée d'une suffocation mortelle ; 2° parce qu'il redoute la mort subite pendant l'accouchement (la grossesse dans le cas présent étant une indication) ; 3° parce que, en raison de l'état actuel des poumons déjà malades, il craindrait qu'en attendant il ne se fit de ce côté quelque travail morbide grave ; 4° parce que, grâce aux recherches de MM. Verneuil et Krishaber, la trachéotomie peut se pratiquer sans la moindre difficulté, quelquefois même sans donner lieu à l'écoulement d'aucune goutte de sang. Il y a dix ans, en effet, que M. Verneuil a employé le galvano-cautère et il ne doute pas que dans vingt ans son usage ne soit devenu général.

D'un autre côté, M. Krishaber, en réhabilitant la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, a rendu cette opération très simple, très facile et très innocente.

C'est pourquoi M. Verneuil va la pratiquer après avoir anesthésié le malade. Car, loin de voir suffoquer ce dernier sous l'action du chloroforme, il voit ordinairement en pareil cas, la respiration devenir plus facile et le spasme de la glotte cesser. (*Gazette des hôpitaux.* 17 octobre 1882. — N° 120).

Des corps étrangers du conduit pharyngo-œsophagien, par le Dr E. Paulin (de Luneville). — C'est une note à ajouter à celle qu'a publiée le docteur Fourrier dans le numéro du 22 août 1882.

Un petit garçon, âgé de six mois et malade depuis une huitaine de jours, est présenté à l'auteur qui constate, comme symptômes, de l'anxiété de la face, de l'accélération de la respiration, de l'amaigrissement, de l'inappétence, et un certain raclement pharyngien.

Comme il ne put découvrir aucun état morbide capable d'expliquer ces phénomènes, l'idée lui vient d'un corps étranger du pharynx. Il introduisit son indicateur dans la bouche de l'enfant et, en arrière de la base de la langue, se sentit immédiatement piqué par un corps dur qui s'élevait et descen-

dait avec les mouvements de déglutition. Se servant de l'indicateur comme guide, il l'enleva à l'aide d'une pince à polypes. C'était une de ces broches de femme, composée de deux épingles articulées portant une lettre initiale, la lettre S soudée à l'une d'elles. Les aiguilles en cuivre mesuraient 4 centimètres de longueur, et la lettre initiale, en métal blanc, 23 millimètres de largeur.

L'enfant, immédiatement soulagé, guérit.

Il est remarquable, dit M. Paulin, de voir un corps étranger volumineux et même inégal, arrêté pendant assez longtemps sans entraîner de désordres consécutifs (perforations, hémorrhagies, etc.) D'autant plus que chez les enfants il se produit facilement des mortifications.

Il pense en outre que lorsqu'on éprouve après l'examen d'un jeune enfant quelques incertitudes, on doit introduire dans le pharynx son doigt indicateur et pratiquer le *toucher pharyngien*. On suppléera ainsi à l'absence de commémoratifs, comme l'atteste le cas dont il s'agit. (*Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1882, n° 123).

Anesthésie du larynx par l'acide carbonique. — M. Brown-Séquard rappelle avoir fait récemment à l'Académie des sciences, une communication sur l'insensibilité du larynx obtenue par l'acide carbonique. Il n'est pas nécessaire, dit-il, d'employer l'acide carbonique pur ; u nmélange d'oxygène et d'acide carbonique produit également l'anesthésie. On peut, en agissant peu à peu sur les muqueuses buccale, pharyngienne et laryngienne, produire, sans difficultés, graduellement l'anesthésie. L'expérience ayant démontré qu'on peut, sans courir de risques, injecter des liquides dans les poumons d'animaux trachéotomisés, si l'on possède un moyen sûr de rendre le larynx insensible, on pourra, dès lors, dans des cas d'hémorrhagies pulmonaires, par exemple, injecter directement dans les poumons une solution d'ergotine, après avoir préalablement anesthésié le larynx par un courant d'acide carbonique. On arrêterait ainsi bien plus vite l'hémorrhagie que par des injections sous-cutanées d'ergotine.

L'anesthésie obtenue par l'acide carbonique, qu'elle soit locale ou générale, cesse avec une rapidité prodigieuse. Si l'on introduit deux tubes dans la trachée d'un animal, l'un dans la partie supérieure de la trachée, l'autre dans sa partie inférieure, si l'on fait passer un courant d'acide carbonique

dans le tube supérieur, on arrête la respiration. L'animal qui a cessé de respirer a du sang rouge dans les veines. Il n'y a pas d'anesthésie générale. L'acide carbonique porté sur le larynx ne produit qu'une anesthésie locale. Injecté dans le sang, il produit à la fois l'anesthésie locale et l'anesthésie générale. (*Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1882, n° 123).

Ostéo-sarcôme de l'appareil auditif; par MOLIOT. Nous extrayons de la *Gaceta Medica Catala* l'observation suivante, due à M. Suné Molist. Le malade était un homme robuste, âgé de 60 ans. La maladie commença en 1870 par des symptômes de légère périostite mastoïdienne, laquelle guérit d'elle-même; depuis cette époque, il resta une hyperostose consécutive indolente; un an plus tard, nouvel accroissement de la tumeur osseuse, qui s'étend en arrière jusqu'à l'occipital, et envahit en avant la portion osseuse du conduit auditif externe et une partie de la portion écailleuse du temporal. Les topiques résolutifs et caustiques ne produisirent aucun résultat; puis, le traitement ayant été abandonné pendant quelques années, la tuméfaction osseuse s'accrut lentement, et la peau devint tendue rouge et adhérente à la néoplasie.

Depuis 1880, le malade commença à ressentir des douleurs lancinantes. En 1881, la tuméfaction s'étendait à l'apophyse zygomatique, à la portion osseuse du conduit auditif, à l'apophyse mastoïde et à la moitié gauche de l'occipital, représentant dans la portion mastoïdienne, une demi-sphère de 5 centimètres de rayon : on notait de l'amincissement de la peau et de la dureté de la tumeur, qui était un tant soit peu élastique; l'étroitesse du conduit auditif ne permettait que l'introduction d'un stylet et de quelques petites bougies de laminaria, à l'aide desquelles on peut se convaincre que le rétrécissement dépendait de la tuméfaction osseuse.

Il existait en outre une surdité complète de l'oreille atteinte, et les caractères de cette surdité (absence de perception de la voix, de la montre et des vibrations du diapason normal) indiquaient que la néoplasie avait envahi les parties profondes du temporal, et que tôt ou tard elle arriverait à l'encéphale. Il y avait en outre une gêne mécanique des mouvements du condyle du maxillaire. Deux mois plus tard, la surface de la tumeur se vascularisa, la peau se ramollit et s'ulcéra, peu de temps après survinrent des vertiges, du défaut d'équilibre et

de l'*agoraphobie*, et ces symptômes s'accentuant, le malade succomba au bout de trois jours de coma profond.

La rareté de cette néoplasie dans cette région est ce qui a engagé M. Suné à publier ce cas véritablement exceptionnel. (*Revista de medicina y Cirugica practicas*, n° 146. 22 juillet 1882, p. 80 et *Progr. med.*, 28 octobre 1882).

Un cas de corps étranger ayant séjourné longtemps dans le nez. — Par le docteur J. Peresweton. — Un enfant de onze ans était atteint, depuis plusieurs années, d'un coryza chronique, surtout de la narine gauche. Il y a huit ans, il s'était introduit, de ce côté, une noix de cèdre qu'il dit avoir été extraite. A l'examen, l'auteur aperçut au niveau de la cloison et à gauche, à environ un pouce de l'orifice extérieur des narines, un gonflement ayant le volume d'un pois, qui donnait la sensation d'un os nécrosé. Après quelques essais infructueux, il put enlever l'enveloppe extérieure d'une noix de cèdre qui était un peu gonflée et incrustée de matières calcaires. Puis, la narine parut être libre, mais l'odorat était affaibli de ce côté. (*Wratoch*, n° 35, 1881 *et Saint-Petersburger med. Wochens*, 14 août 1882, n° 33.)

Note sur un cas de cancer de l'œsophage et de la trachée, par le Dr Schmitt. — Le cancer, même secondaire, de la trachée est une affection relativement rare, et présente, dans le cours de son évolution, quelques particularités symptomatiques intéressantes à signaler. C'est une affection le plus souvent secondaire, à évolution rapide, donnant lieu à une dyspnée toute particulière, modérée dans la position horizontale, exagérée dans la position assise ou pendant un effort, un mouvement quelconque, et entrecoupée d'accès de suffocation avec bruit de cornage et tirage épigastrique; enfin amenant la mort moins par l'asphyxie due au néoplasme que par l'asphyxie mécanique contre laquelle le médecin est presque toujours désarmé. C'est ce qui ressort, en effet, de l'observation de Schmitt. (*Revue médicale de l'Est*. T. XIV, n° 16, 15 août 1882.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Beverley Robinson. — Trouble du cœur, comme cause efficiente des affections congestives de la gorge. (*Arch. of Laryng N. Y.*, Octobre 1882, nº 4).

Golding Bird. — Epithélioma de l'amygdale; Excision. (*Clinic. soc. of London*, 13 octobre 1882 et *Med. Times and Gaz.*, 21 octobre 1882).

Harrison Allen. — Irritation pharyngienne (*Arch. of Laryng. N. Y.*, Octobre 1882, nº 4).

Lucas (Clément). — Excision de la base de la langue, de l'amygdale droite et d'une partie de la voûte palatine, pour un épithélioma (*Clin. soc. of London*, 13 octobre 1882 et *Med. Times and Gaz.*, 21 octobre 1882).

Nez.

Daly. — Du catarrhe du nez et de son traitement. (*Arch. of Laryng.*, Octobre 1882, nº 4).

Fletcher Ingals. — Déviation de la cloison du nez. (*Arch. of Laryng.* Octobre 1882, nº 4).

Jarvis. — Une nouvelle opération pour l'extirpation des déviations de la cloison dans le catarrhe du nez. (*Arch. of Laryng.*, Octobre 1882, nº 4).

Masini. — Contribution à l'étude de la cure de quelques maladies du nez, par la douche nasale. (*Lo, Sperimentale*, 10 octobre 1882. — T. L).

Rankin. — Trois cas d'alimentation par le nez. (*Arch. of Laryng.*, Octobre, 1882, nº 4.)

Shurly. — Lupus ulcéreux de la cloison du nez. (*Arch. of Laryng.*, Octobre 1882, nº 4).

White. — Un polype du nez volumineux enlevé avec le serre-nœud de Jarvis. (*Arch. of Laryng.*, *N. Y.* Oct., 1882, nº 4).

Larynx.

Elsberg (Louis). — Un cas d'inflammation aiguë de l'articulation crico-aryténoïdienne. (*Arch. of laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Hooper. — Du traitement et des récidives des papillomes du larynx. (*Arch. of. laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Kendal Franks. — Conservation d'un os de poulet volumineux dans le larynx, pendant 23 jours. (*Arch. of laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Morell-Mackensie. — De la diphtérie et de la paralysie des cordes vocales. (*The méd. Rec.*, 21 octobre 1882).

Tauber. — Tumeur syphilitique du larynx, accompagnée de condylomes de la langue. (*Arch. of laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Tauber. — Paralysie des dilatateurs et des tenseurs du larynx. (*Arch. of laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Tauber. — Extraction de papillomes du larynx, dégénération en tumeur maligne. (*Arch. of laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Woltolini. — Pince laryngienne pour enlever les néoplasmes du larynx. (*Arch. of Laryng. N. Y.*, octobre 1882, nº 4).

Walter-Whitehead. — Extirpation du larynx suivie de succès (*The Lancet*, 4 novembre 1882).

Oreilles

Brandeis. — Rapport sur les progrès de l'otologie dans la première moitié de l'année 1882. (*Arch. of Otol.*, nº 3, septembre 1882).

KNAPP. — Rapport sur 806 cas de maladies d'oreilles traités dans la pratique privée durant l'année 1880-81. (*Arch. of Otol.*, n° 3, Septembre 1882).

MOOS et STEINBRUGE. — Absence complète des deux labyrinthes chez un sourd-muet; avec quelques remarques embryologiques et physiologiques. (*Arch. of. Otol.*, n° 3, Septembre 1882).

PIERCE. — Un cas d'affection étendue du temporal gauche avec hernie du cerveau. (*Brit. med. journ.*, 21 octobre 1882).

STEINBRUGE. — Anatomie normale, pathologique et histologie de l'oreille. (*Arch. of Otol.*, n° 3, Septembre 1882).

URBAN PRITCHARD. — De l'emploi des acides minéraux dilués dans le traitement des caries, névroses et exostores de l'oreille. (*Brit. med. journ.*, 21 octobre 1882).

WOOLF (Oscar). — Physiologie de l'organe de l'ouïe. (*Arch. of. Otol.*, n° 3, Septembre 1882).

WHINE. — Extirpation d'amygdales hypertrophiées, guérison d'une surdité durant depuis trois ans. (*Arch. of. Laryng.* ,N. Y, Octobre 1882, n° 4).

Varia.

BENTHALL. A. — Un cas de corps étrangers de la bronche droite expulsé dans un effort de toux, huit mois après son introduction. (*Brit. med. journ.*, 30 septembre 1882).

CRABB. J. — Trachéotomie pratiquée avec succès chez un malade à l'article de la mort (*Brit. med. journ.*, 30 septembre 1882).

EPHRAIM.CUTLER. — Suite à une opération de thyrotomie (*Arc. of laryng. N. Y.*, Octobre 1882, n° 4).

GOLDSMITH. — Une arête de poisson dans l'œsophage. Extraction, guérison. (*The lancet.*, 4 novembre 1882).

MAJOR. — Un cas de dent et de sa monture ayant séjourné dans la trachée 113 jours. (*Arch. of laryng. N. Y.*, Octobre 1882. n° 4).

STOCKWELL. — Epithélioma de l'œsophage, communication avec la bronche droite par une ulcération (*Brit. med. journ.*, 4 novembre 1882).

AVIS A NOS ABONNÉS

Nous avons l'honneur de prévenir nos Abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1883, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Les nouveaux Abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

TABLE DES AUTEURS

TOME II

1882

TABLE DES MATIÈRES